

病名	12 口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症 (本態性高ナトリウム血症)										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日			性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
身体所見	血圧: 収縮期: () mmHg			拡張期: () mmHg			実施日: (年 月 日)						
症状	全身	体重減少: [なし ・ あり]			低血圧: [なし ・ あり]			口渇: [なし ・ あり]		脱水: [なし ・ あり]			
	皮膚ツルゴール低下: [なし ・ あり]	他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない: [非該当 ・ 該当]											
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
身体所見	血圧: 収縮期: () mmHg			拡張期: () mmHg			実施日: (年 月 日)						
症状	全身	体重減少: [なし ・ あり]			低血圧: [なし ・ あり]			口渇: [なし ・ あり]		脱水: [なし ・ あり]			
	皮膚ツルゴール低下: [なし ・ あり]	他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない: [非該当 ・ 該当]											
その他	症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
尿検査	尿浸透圧: () mOsm/kg · H ₂ O			尿浸透圧 (AVP または DDAVP 投与後): () mOsm/kg · H ₂ O									
	尿中ナトリウム: () mEq/L			尿中クレアチニン: () mg/dL									
血液検査	ヘマトクリット (Ht): () %			血清 Na: () mEq/L			血清 K: () mEq/L						
	血清 Cl: () mEq/L			BUN: () mg/dL			血清クレアチニン: () mg/dL						
	血清尿酸: () mg/dL			血漿抗利尿ホルモン: () pg/mL			血清浸透圧: () mOsm/kg · H ₂ O						
	BNP: () pg/mL ・ 未実施												
画像検査	CT または MRI 検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]						実施日: (年 月 日)			下垂体腺腫: [なし ・ あり]			
検査所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
尿検査	尿浸透圧: () mOsm/kg · H ₂ O			尿浸透圧 (AVP または DDAVP 投与後): () mOsm/kg · H ₂ O									
	尿中ナトリウム: () mEq/L			尿中クレアチニン: () mg/dL									
血液検査	ヘマトクリット (Ht): () %			血清 Na: () mEq/L			血清 K: () mEq/L						
	血清 Cl: () mEq/L			BUN: () mg/dL			血清クレアチニン: () mg/dL						
	血清尿酸: () mg/dL			血漿抗利尿ホルモン: () pg/mL			血清浸透圧: () mOsm/kg · H ₂ O						
	BNP: () pg/mL ・ 未実施												
画像検査	CT または MRI 検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]						実施日: (年 月 日)			下垂体腺腫: [なし ・ あり]			
その他の所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()												
経過 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	機能抑制療法: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	薬物療法 (その他): ()												

手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度 ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()